



Catholic Counseling Services, Inc.

Toda información en este documento es **CONFIDENCIAL**

USO DE LA OFICINA

Nombre del cliente:				Case #:	
# de Seguro Social:				Counselor:	
Nombre de Esposo/a:				Type of Service:	
Apellido de Soltera:				Fee:	Date:
# de Seguro Social:				Referred by:	
Dirección:		Apt. #		Parish:	
Ciudad:		Zonal Postal:		Type of Ins.:	
Teléfono: Hogar:		Trabajo:		Stats:	
Contacto de Emergencia:				Teléfono:	
Médico Principal:					
Médico que la/lo refirió:					
Seguro De Salud:			Correo Electrónico		
UD			ESPOSO/A		
Edad:		Edad:			
Domicilio (Si es diferente):			Domicilio (Si es diferente):		
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:			
Religión:		Religión:			
Años de Educación:		Años de Educación:			
Estado civil:		Estado civil:			
Circule Uno:	Hispano(a) / Anglo / Africano-Americano / Asiático(a) / Nativo-Americano / Etnicidad-Mixta		Circule Uno:	Hispano(a) / Anglo / Africano-Americano / Asiático(a) / Nativo-Americano / Etnicidad-Mixta	
¿Cuántas veces ha sido casado/a?		¿Cuántas veces ha sido casado/a?			
Fecha de Matrimonio presente:		Fecha de Matrimonio presente:			
Trabajo presente y puesto:			Trabajo presente y puesto:		
Indique Ingreso Mensual de la familia:					

HIJOS/HIJAS:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Escuela o Trabajo Presente	# Seguro Social

Otros miembros de la familia viviendo en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación

¿Ha consultado con un miembro del clero?	SI	NO
¿Ha consultado con un siquiatra, sicólogo, o algún otro terapeuta?	SI	NO
¿ Por quién y cuando?		
¿ Está presentemente bajo tratamiento médico?	SI	NO
Por favor, indique el tipo de problema(s):		
¿Ha recibido tratamiento por enfermedades o lesiones?	SI	NO
Por favor, indique el tipo:		
¿Está tomando algún medicamento recetado?	SI	NO
¿Qué clase?		
¿Cuánto y cada cuándo?		
¿Está tomado otro tipo de medicinas, drogas, o alcohol?	SI	NO
Por favor, indique que clase:		
¿Cuánto y cada cuándo?		

Brevemente indique su razón por la cual buscó consejería:

Matrimonial Problema Financiero
 Personal Separación
 Familiar Otro: _____

La información en este documento es confidencial y no será revelada sin autorización o consentimiento del cliente o orden judicial.

Si tiene alguna pregunta sobre el comportamiento en el ejercicio de su profesión de un trabajador social licencia por Texas State Board of Social Worker Examiners, sírvase a llamar gratis al 1-800-232-3162. En Austin, llame al (512) 719-3521.

Texas State Board of Social Workers Examiners
 P.O. Box 141369
 Austin, TX 78714-6718
<http://www.dshs.state.tx.us/socialwork>
 1-800-942-5540 (Complaint Hotline)

Firma del Cliente	Fecha
Firma de Esposo(a)	Fecha
Firma del Consejero/a	Fecha



Catholic Counseling Services, Inc.

Notificación de Políticas y Prácticas para Proteger la Privacidad de su Información de Salud

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Se nos requiere por ley mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso también describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en cuanto al uso y divulgación de su información de salud.

POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE

Su información de salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Creamos un expediente del cuidado y servicios que recibe en esta oficina. Necesitamos este expediente para asegurar atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los expedientes de su atención generados por esta oficina ya sea por su terapeuta o uno de los empleados de la oficina.

I. Usos y Divulgación para Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica

Lo siguiente describe las diferentes formas en que su información de salud protegida (PHI) puede ser usada o divulgada por esta oficina. "PHI" se refiere a la información en su expediente médico que pueda identificarle. Para clarificar, hemos incluido algunos ejemplos. No se menciona específicamente todos los usos posibles de la divulgación. Sin embargo, todas las formas en que estamos comprometidos a utilizar y divulgar su "PHI" caben dentro de una de estas categorías generales:

- Para tratamiento. El "tratamiento" es cuando proporcionamos, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios relacionados con su atención médica. Un ejemplo de tratamiento sería cuando consultamos con otro proveedor de atención de la salud, como su médico de cabecera u otro psicólogo.
- Para el pago. "Pago" es cuando se obtiene el reembolso de su atención médica. Ejemplos de pago son al momento de revelar su PHI a su compañía de seguro de salud para obtener el reembolso de su cuidado de salud o para determinar la elegibilidad o cobertura. También podemos informar a su compañía de seguro del plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá o continuar a cubrir su tratamiento.
- Para Operaciones de Atención Médica. "Operaciones de atención médica" son actividades que se relacionan con el rendimiento y el funcionamiento de nuestra práctica. Ejemplos de operaciones de

HIPPA

atención médica son las actividades de evaluación y mejora de calidad, asuntos relacionados con la empresa, tales como auditorías y servicios administrativos y el manejo de casos y coordinación de la atención. Podemos usar y divulgar su información médica para proporcionarle información de la cita. Esto se puede hacer con el correo de voz, mensajes, postales y otros envíos.

- Uso. "Uso" se aplica únicamente a las actividades dentro de nuestra oficina, como el compartir, emplear, la aplicación, la utilización, el examen y análisis de la información que le identifique.
- Divulgación. "Divulgación" se aplica a las actividades fuera de la oficina, tales como la publicación, transferencia o proporcionar acceso a la información sobre usted a los otros partidos.

II. Usos y Divulgaciones que Requieren Autorización

Podemos usar o divulgar su PHI para propósitos fuera de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud cuando se obtenga su autorización correspondiente. Una "autorización" es escrito de permiso más allá del consentimiento general que sólo permite revelar información específica. En esos casos en los que se nos pide información para propósitos fuera de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, vamos a obtener una autorización de su parte antes de publicar esta información. También tendremos que obtener una autorización antes de publicar sus notas de psicoterapia. "Notas de psicoterapia" son las notas que hemos hecho en nuestra conversación durante una sesión privada, de grupo o sesión de consejería familiar, que hemos mantenido separado del resto de su expediente médico. Estas notas se les da un mayor grado de protección que el PHI.

Usted puede revocar todas las autorizaciones (de PHI o notas de psicoterapia) en cualquier momento, siempre y cuando cada revocación este por escrito. Usted no puede revocar una autorización en la medida en que (1) nos hemos basado en la autorización, o (2) si la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro, la ley proporciona al asegurador el derecho a disputar la reclamación bajo la póliza.

III. Usos y Divulgaciones con Ningun Consentimiento ni Autorización

Nosotros podemos usar o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- Abuso Infantil. Si tenemos causa razonable de sospecha de maltrato infantil o negligencia, debemos informar de esta sospecha a las autoridades competentes como lo requiere la ley.
- Adultos y el Abuso Doméstico. Si tenemos motivos razonables para sospechar que ha sido abusada criminalmente, debemos informar de esta sospecha a las autoridades competentes como lo requiere la ley.
- Actividades de Supervisión de Salud. Si recibimos una citación u otra petición legal del Departamento de Salud o el Consejo de Trabajadores Sociales Examinadores del Estado de Texas, debemos divulgar la PHI de conformidad correspondiente a la citación o petición legal.
- Procedimientos Judiciales y Administrativos. Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud para obtener información sobre su diagnóstico y tratamiento o los registros de

HIPPA

los mismos, dicha información es privilegiada bajo la ley estatal, y no vamos a revelar información sin su autorización por escrito o una orden judicial. El privilegio no se aplica cuando se lo evalúa o de un tercero o cuando la evaluación es ordenada por la corte. Usted será informado con antelación si este es el caso.

- Demandas y Disputas: Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos usar su PHI para defender la oficina o para responder a una orden de la corte.
- Cumplimiento De La Ley. Podemos revelar su PHI si es requerido por la ley cuando se le preguntó a hacerlo por un oficial de la ley.
- Amenaza Grave a la Salud o Seguridad. Si usted nos comunica una amenaza de violencia física contra una tercera persona razonablemente identificable y tiene la intención aparente y capacidad para llevar a cabo esa amenaza en el futuro previsible, podemos revelar PHI pertinente y tomar las medidas permitidas por la ley para evitar que la amenaza produzca daños Si creemos que existe un riesgo inminente que va a causar daño físico grave en sí mismo, podemos revelar información con el fin de protegerlo.
- Compensación de Trabajadores. Podemos revelar su información de salud protegida con respecto a como se autorice y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes de compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin admitir prueba.

IV. Derechos del Paciente y Deberes del Trabajador Social

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que esta oficina mantiene de usted.

- Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida. Sin embargo, no se nos requiere estar acuerdo con la restricción que usted solicite.
- Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales por medios Alternativos y Lugares Alternativos. Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos y en lugares alternativos. (Por ejemplo puede que usted no desee que un miembro de la familia sepa que usted es visto en nuestra oficina. En su solicitud, le enviaremos sus cuentas a otra dirección.) Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe completar el formulario de solicitud por escrito y lo presentará a la el Director Ejecutivo. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables.
- Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia (o ambos) de PHI en nuestros registros de salud y facturación mentales que se utilizan para tomar decisiones sobre usted durante el tiempo que se mantenga la PHI en el registro. Para inspeccionar y / u obtener una copia de su PHI, usted debe completar el formulario de solicitud y enviarlo al Director Ejecutivo. Si usted solicita copias, le cobraremos \$0.10 por página. Podemos negar su acceso a la PHI en ciertas circunstancias, pero en algunos casos es posible que se revise esta decisión. En su solicitud, vamos a discutir con usted los detalles del proceso de solicitud y la negación.
- Derecho a enmendar. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su PHI durante el tiempo que se mantenga la PHI en el registro. Para solicitar una enmienda, debe completar el formulario de

HIPPA

solicitud y presentarlo por escrito al Director Ejecutivo. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su petición. En su solicitud, vamos a discutir con usted los detalles del proceso de enmienda.

- Derecho a un Informe. Por lo general tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones de PHI. En su solicitud, vamos a discutir con usted los detalles del proceso de informacion. Para solicitar este recuento de revelaciones, usted debe completar un formulario de solicitud y presentarlo por escrito al Director Ejecutivo. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de Abril del 2003.
- Derecho a una Copia. Usted tiene el derecho de obtener una copia del Aviso al solicitarla.

Deberes del Trabajador Social:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI.
- Nos reservamos el derecho de cambiar las políticas y prácticas privacidad que se describen en este aviso. A menos que le notifiquemos de tales cambios, sin embargo, tenemos la obligación de cumplir con los términos actualmente vigente.

V. Preguntas y Quejas

Si tiene preguntas sobre este aviso, esta en desacuerdo con alguna decisión que tomamos sobre el acceso a sus registros, o tiene otras preocupaciones sobre sus derechos de privacidad, puede comunicarse con José Castellón, LCSW, Director Ejecutivo de los Servicios de Consejería Católica (915)872-8424.

Si tiene alguna pregunta sobre el comportamiento en el ejercicio de su profesión de un trabajador social licencia por Texas State Board of Social Worker Examiners, sírvase a llamar gratis al 1-800-232-3162. En Austin, llame al (512)719-3521.

Texas State Board of Social Workers Examiners

P.O. Box 141369

Austin, TX 78714-6718

<http://www.dshs.state.tx.us/socialwork>

1-800-942-5540 (Complaint Hotline)

Usted también puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.. La persona mencionada anteriormente puede proporcionarle la dirección adecuada bajo petición.

Usted tiene derechos específicos bajo la Regla de Privacidad. No tomaremos represalias contra usted o penalizar de ninguna manera por el ejercicio de su derecho a presentar una queja.

VI. Fecha de Efectividad, Restricciones y Cambios en la Política de Privacidad

Este aviso entrará en efecto el 1 de febrero de 2013. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer las nuevas provisiones efectivas para toda la PHI que mantenemos. Si revisamos nuestras políticas y procedimientos, publicaremos una copia de cualquier aviso revisado en esta oficina.

Otros usos y divulgaciones de su PHI no cubiertos por este Aviso de Prácticas de Privacidad se harán sólo con su autorización escrita. Si usted nos da esa autorización por escrito para usar o divulgar la PHI acerca de usted, usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos utilizar o divulgar la PHI acerca de usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Tenga en cuenta que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos a usted.

HIPPA

RECONOCIMIENTO

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia de la forma de esta oficina sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Cliente/ Padre /Tutor

Fecha

Rehusó firmar Reconocimiento

Nombre del paciente

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad fue enviado

Nombre del paciente

Fecha

Iniciales _____



Catholic Counseling Services, Inc.

499 St. Matthews Street • El Paso, TX 79907
Ph.(915) 872-8424 • Fax (915) 872-8425

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES

DERECHOS DEL CLIENTE

1. Usted y su familia tienen los derechos de recibir tratamiento apropiado por personas calificadas en este tipo de servicio. Usted tiene el derecho de saber las calificaciones y conocimientos de las personas encargadas de su caso. También tiene el derecho de ser informado de cambios en personal y ellos estarán al tanto de su plan de tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de confidencialidad apropiada en las sesiones terapéuticas y que la agencia mantenga archivos. Todo archivo se mantiene bajo llave. Información sobre su tratamiento no será compartida fuera de esta agencia sin su permiso escrito antemano, excepto con las siguientes condiciones.
 - a) En caso de una emergencia médica.
 - b) Cuando se requiere una revisión de su expediente, por asuntos de uso interno, en examinación por parte de oficiales que gobiernan las credenciales de la agencia o que provea fondos a la agencia.
 - c) Si hay sospecha del maltrato o falta de cuidado de menores.
 - d) En un caso donde una orden por la corte pide el archivo, se le notificará a todos los partidos involucrados.
 - e) Cuando hay peligro inminente hacia usted u otros, el terapeuta debe compartir información para su propia protección o la de otros.
 - f) Otras excepciones especificadas por la ley federal y estatal.
3. Usted y su familia tienen los derechos de tener su propio plan de tratamiento y pueden ayudar con el planeamiento. El plan estará por escrito, y usted tiene que firmarlo. Usted tiene derecho de revisar su plan de tratamiento y de solicitar una copia de este plan.
4. Usted tiene derecho de rehusar servicio en cualquier momento, con la excepción de consejería llevada a cabo en respuesta de una orden de la corte.
5. Usted tiene derecho de revisar su expediente y de solicitar una copia de los documentos en su expediente. Tal solicitud debe ser por escrito. Se pueden hacer arreglos con su terapeuta para que Usted revise su expediente. El terapeuta estará presente para aclararle cualquier duda que Usted tenga, a menos que usted indique que desea ver el expediente en privado.
6. Usted tiene el derecho de poner una queja si usted piensa que sus derechos no son respetados. Al principio, debe discutir este problema con su terapeuta. Si no se puede alcanzar una solución satisfactoria, se puede apelar al supervisor del programa para resolver el problema.
7. Usted tiene derecho de saber la cuota por los servicios que usted y su familia recibirán, que tanto de la cuota será la responsabilidad suya; que tanto será pagado por otros medios que cubran estos pagos, y que limitaciones hay sobre sus servicios. Antes de la primera cita, se le pedirá una verificación de sus ingresos anuales. La cuota se cobra considerando el presupuesto anual de la familia, y puede ser revisada si hay cambio en las circunstancias financieras de la familia. Arreglos sobre la cuota se hará personalmente.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Usted es responsable de participar en su tratamiento de acuerdo al plan de tratamiento que usted firmó.
2. Usted es responsable por pagar una cuota de acuerdo con su capacidad financiera antes de entrar a su sesión.

3. Usted es responsable de tratar con respeto y cordialidad a los empleados de esta agencia en todo momento. No se permite la destrucción de propiedad a propósito o actos de violencia contra otras personas. Tales actos no son protegidos por la ley de confidencialidad. Se le llamará la policía para asistencia.
4. Usted es responsable por traer y permanecer con sus hijos menores de 14 años durante el tiempo que estén bajo tratamiento en Catholic Counseling Services, Inc.
5. Usted es responsable por la conducta de sus hijos durante el tiempo que estén en la agencia, y se le hará responsable por cualquier daño causado por la negligencia de sus hijos.
6. Usted es responsable por las cuotas que su seguro de salud no pague.
7. El valor en el mercado de nuestros servicios vale \$150.00 por sesión. Le cuesta a la agencia \$127.00 para proveerle estos servicios a una escala de acuerdo con su ingreso.
8. **No se le permitirá poner más citas si tiene dos citas que no se han pagado en su cuenta. Tendrá que liquidar la cuenta antes de que se le permita tener mas citas.**
9. Usted es responsable de traer comprobante de ingreso antes de su primera cita con un terapeuta.
10. **Usted es responsable por llamar con 24 horas de anticipo para cancelar su cita. Si llama cuando la oficina está cerrada, pueda dejar su cancelación grabada en el sistema telefónico. De otra manera, se le cobrará la cuota.**
11. **Usted es responsable por asistir a su cita, si no asiste, se le cobrará la cita.**
12. **Si está bajo supervisión, referido por una corte, o por su abogado, la información respecto a su caso no será entregada a la corte, a su oficial de supervisión, un abogado, o tercer partido sin su autorización por escrito y que su cuenta esté liquidada.**

Yo he leído y recibido la descripción de derechos y de los clientes, los cobros de servicio y mi responsabilidad durante tratamiento.

Firma del cliente

Fecha

Firma de esposo (a)

Fecha

Firma del Padre o Guardián

Fecha



Catholic Counseling Services, Inc.

499 St. Matthews Street • El Paso, TX 79907
Ph.(915) 872-8424 • Fax (915) 872-8425

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Servicios De Salud Mental	Autorizo a Catholic Counseling Services, Inc. (CCS) para proveer servicios de salud mental. Esto puede incluir: evaluación, consejería o referencia a otros recursos en la comunidad.
Contacto Con Mi Médico Personal	Autorizo el intercambio de información con respecto a mi caso entre mi medico personal y Catholic Counseling Services, Inc.
Pagos Hechos Por Parte De Agencia Pública O Compañía De Seguros	Autorizo a cualquier agencia que provee fondos a CCS, gubernamental o privada de seguros, que revise mi caso con el propósito de asegurar si recibí los servicios que fueron cobrados.
Servicios De Emergencia	Si usted tiene una emergencia por favor llame a El Paso Psychiatric Center al 532-2202.
Autorización De Paciente O Persona Autorizada	Yo autorizo el intercambio de cualquier información necesaria para que esta solicitud sea procesada. También autorizo que cualquier pago de beneficios sea dirigido a mi o a CCS, quien aceptara asignación.
Autorización De Persona Asegurada O Persona Autorizada	Yo autorizo pago de beneficios médicos a CCS por los servicios proveídos.
Bancarrotas	Yo doy autorización a Catholic Counseling Services, Inc. para que se pongan en contacto con la corte o con mi abogado en caso de que yo reclame bancarrota.
Derechos Y Responsabilidades De Los Clientes	He leído y entiendo los Derechos y Responsabilidades de los clientes.

SE LE COBRARA UNA CUOTA POR LAS CITAS DONDE NO SE PRESENTA Y LAS CANCELACIONES HECHAS CON MENOS DE 24 HORAS CON ANTICIPO. CLIENTES CON DOS O MAS CITAS SIN PAGAR, NO SE PERMITERA PONER MAS CITAS HASTA LIQUIDAR EL SALDO.

Entiendo que si no doy esta autorización, Catholic Counseling Services, Inc. no podrá proveerme servicios.

Firma de cliente _____ Fecha: _____

Firma de esposo (a) _____ Fecha _____

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Los siguientes documentos marcados, deben ser entregados antes de su cita:

- últimos 3 talones de cheques
- último reclamo de Impuestos
- tarjeta de C.H.I.P
- tarjeta de Medicaid
- tarjeta de Medicare
- tarjeta de seguro medico
- recibo de utilidades(por ejemplo: electricidad, agua, gas o telefono) Que esté a su nombre.
- licencia de manejar o de identificación
- carta de Texas Workforce Commission
- carta de beneficios del Seguro Social o talon de cheque del Seguro Social
- manutención para los niños

Debe de estar media hora antes de su primer cita.

Fecha: _____ **Tiemp:** _____

HORARIO: lunes, miércoles, jueves; 9:00-12:00 y 1:00-6:00

martes: 9:00-12:00 y 1:00-8:00 viernes: 9:00-12:00 y 1:00-5:00



Catholic Counseling Services

499 St. Matthews, Bldg. E. † El Paso, Texas 79907

Telephone 872-8424 † Fax 872-8425